

À
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
Dra. Maria Janete A. de Carvalho
MD Coordenadora Geral de Licenciamento Ambiental
Edifício Cleto Meireles – 5º andar
70070-120 Brasília, DF Tel: (61) 3247-6823

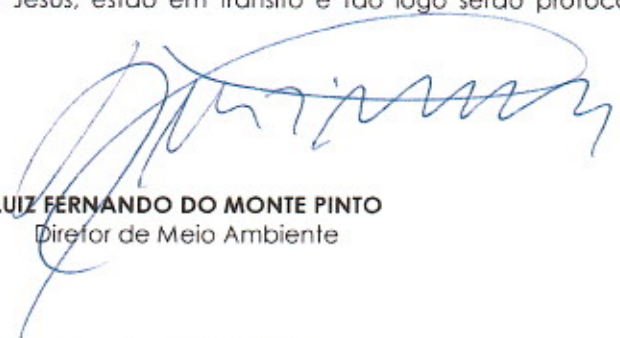
Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		CT-GE-SM- 27/14	9 / 10 / 14

Assunto: UHE São Manoel – Solicitação de Autorização para entrada nas Tis Kayabi e Munduruku para apresentação do Plano de Comunicação da UHE São Manoel.

Senhora Coordenadora Geral,

1. Fazendo referência ao processo de licenciamento ambiental da UHE São Manoel, venho por meio desta solicitar a autorização de ingresso nas Tis Kayabi e Munduruku com vistas à propiciar a apresentação à comunidade indígena em tela o Plano de Comunicação da UHE São Manoel nos dias **16 e 17 de outubro de 2014**.
2. Considerando que os profissionais abaixo listados serão responsáveis por execução de atividades contínuas relativas à implementação do Componente Indígena do PBA, solicito que a autorização pleiteada contemple todo o período de implantação do PBA da fase de instalação do empreendimento, qual seja: da presente data até 30 de junho de 2017. Neste sentido, elenco abaixo o nome dos referidos profissionais para os quais apresento a presente solicitação:
 - Adriano Rafael Arrepiá de Queiroz;
 - Juhei Muramoto;
 - Cleide Regina Rocha Santos; e
 - Lucas Campostrini de Jesus.
3. Com vistas à subsidiar a autorização pleiteada, encaminho os documentos necessários, quais sejam: Termo de Compromisso; Documento de Identificação, Comprovante de vacinação contra moléstia endêmica na área; Atestado médico de não portador de moléstia contagiosa, em consonância com a Instrução normativa nº 01/PRES/95.
4. Por fim, informo que as vias originais dos Termos de Compromisso e dos documentos do Sr. Lucas Campostrini de Jesus, estão em trânsito e tão logo serão protocoladas nessa Fundação.

Atenciosamente,



LUIZ FERNANDO DO MONTE PINTO
Diretor de Meio Ambiente



ANEXO I
TERMO DE COMPROMISSO

Nome: Adriano Rafael Inupia de Oliveira

RG: 5249 317-9

CPF: 274 943 138-77

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Engenheiro Registro Profissional em Conselho (se houver):

Nº. de Registro no Cadastro Técnico Federal Ibama:

Eu, Adriano Rafael Inupia de Oliveira, solicito o ingresso na Terra Indígena Karajá - Açucenas e Mundubucu com o objetivo de realizar pesquisa/estudo/levantamento, de implementação de PBT UHE São Manoel no âmbito do processo de licenciamento ambiental do empreendimento denominado UHE São Manoel e comprometo-me a:

1. Respeitar toda a legislação brasileira e tratados internacionais de proteção dos recursos naturais, toda a legislação brasileira relativa à pesquisa, expedições científicas, patentes e segredos de indústria, bem como todos os termos da Convenção sobre Diversidade Biológica. Observar em especial as disposições legais aplicáveis que tratam dos direitos indígenas (Constituição Federal de 88, Arts. 231 e 232 e Lei n. 6001/73 - Estatuto do Índio), da proteção dos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado (Convenção de Diversidade Biológica, Decretos nº. 4.946/2003, nº. 3.945/2001 e a Medida Provisória nº. 2.186-16/2001), dos direitos autorais, Lei n. 9.610/1998;
2. Não retirar dos limites da terra indígena qualquer tipo de material biótico;
3. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer de seus resultados;
4. Não divulgar quaisquer conhecimentos sobre características de espécies manejadas pelos índios sem prévia autorização das comunidades indígenas envolvidas;
5. Adequar o projeto às modificações na legislação federal ou estadual que, porventura, vierem a ocorrer ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
6. Não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos da autorização, sendo que qualquer outra utilização do material deverá ser objeto de um novo processo;
7. Comunicar imediatamente a Funai local e a CGLIC no caso de quaisquer incidentes ocorridos em campo;
8. Apresentar atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área e de atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
9. Fotografar, gravar ou filmar somente com autorização por escrita dos índios, sendo sua utilização restrita aos propósitos do estudo, sendo vedada, portanto, sua utilização para quaisquer outros fins, em consonância com a Portaria Funai nº. 177 de 16.02.06 (DOU 036 de 20.02.06 seção 01 pg. 26).

Declaro estar ciente de que as autorizações para entrada em Terra Indígena poderão ser suspensas a qualquer tempo desde que:

- I. seja solicitada a interrupção por parte da comunidade indígena;
- II. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos dentro da terra indígena;
- III. haja a ocorrência de situações epidêmicas agudas ou conflitos graves envolvendo índios e não-índios.

Brasília, 07 de outubro de 2013.

Assinatura

AGENDA: DIA 09.10.2014 - ÀS 09HS - CGU

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ADRIANO RAFAEL ARREPIA DE QUEIROZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
50493779 SESP SC

CPF
274.943.138-77

DATA NASCIMENTO
18/06/1979

FILIAÇÃO
JOSE SALUSTIANO DE QUEIROZ
MARIA BEATRIZ VANINE ARREPIA DE QUEIROZ

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. B

Nº REGISTRO
02052733886

VALIDADE
30/07/2017

1ª HABILITAÇÃO
17/07/1997

OBSERVAÇÕES
A

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
BRASILIA-DISTRITO FEDERAL, DF

DATA EMISSÃO
07/08/2012

71768551963
DF729460150

DETRAN-DF (DISTRITO FEDERAL)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
618519386

PROIBIDO PLASTIFICAR
618519386



MEDTRAB - SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

Dr. Charles Miranda Medeiros
CRM/MT 3253



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (NR7 - PORTARIA 3214/78 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO)

Atesto para fins de Exame Médico

ADMISSIONAL DEMISSIONAL PERIÓDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO RETORNO AO TRABALHO

Que (o) Sr. (a): **ADRIANO RAFAEL ARREPIA DE QUEIROZ**

RG/CIPS: 50493779 Série: SESP SC Expedição: / / após avaliação clínica, encontra-se:

APTO APTO C/ RESTRIÇÕES INAPTO PARA EXERCER A FUNÇÃO

de: **ENGENHEIRO AMBIENTAL** que EXERCE EXERCEU EXERCERÁ

setor: **CAMPO** Obs:

EMPRESA: **EMPRESA DE ENERGIA SÃO MANOEL S/A**

Riscos Passíveis:

NÃO ENCONTRADO

FÍSICOS RUIDOS UMIDADE CALOR VIBRAÇÕES
 RADIAÇÕES IONIZANTES PRESSÕES ANORMAIS FRIO
 QUÍMICOS FUMOS NEBLINAS GASES PRODUTOS DE LIMPEZA
 VAPORES POEIRAS NÉVOAS PRODUTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO
 PÓ DE GIZ AC. LÁCTICO SODA OUTROS _____

BIOLÓGICOS FUNGOS VÍRUS PROTOZOÁRIOS PARASITAS BACTÉRIAS BACILOS

ERGONÔMICOS POSTURAL LEVANT. TRANSP. PESO LER/DORT OUTROS _____

ACIDENTES TRÂNSITO QUEIMADURAS QUEDA CORTE COLISÃO EXPLOSÃO
 ANIMAIS PEÇONHENTOS ARMA DE FOGO OUTROS _____

Exames complementares: DESNECESSÁRIO NÃO REALIZADOS A REALIZAR

Exames realizados	Data	Exames a realizar
<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico	14/07/2014	AUDIOMETRIA
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma Completo	14/07/2014	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Alta Floresta - MT

14/07/2014
Dr. Charles Miranda Medeiros
Sanitarista - Clínico Geral
e Médico do Trabalho
CRM/MT 3253

Médico Examinador

Dr. Charles Miranda Medeiros
Sanitarista - Clínico Geral
e Médico do Trabalho
CRM/MT 3253

VALIDADE: 6 MESES 12 MESES

ASSINATURA DO EMPREGADO
RECEBI UMA VIA DO PRESENTE ATESTADO

Declaro que não omiti nenhuma informação ao médico examinador sob as minhas condições de saúde que alterasse o resultado do exame e que recebi a 2ª via deste exame.

Paciente.: **ADRIANO RAFAEL ARREPIA DE QUEIROZ**

RG. Pac.: 50493779

Medico.: A PEDIDO

Convênio: PARTICULAR

Protocolo.: 205211472014

Idade.: 35 Ano(s)

DT.Coleta.: 14/07/2014

Emissão.: 14/07/2014

RESULTADOS **V.R.****HEMOGRAMA**

Material.: Sangue Total

Metodo: Automatizado SYSMEX XS 1000i (Citometria de fluxo fluorescente com laser semi condutor, colorimetria, foco hidrodinamico e corrente direta)

ERITOGRAMA

Eritrócitos	5.1 Milhões/uL	3,8 a 5,2 milhões/uL
Hemoglobina	15.2 g/dl	12,0 a 17,5 g/dl
Hematócrito	43 %	36 a 47 %
VGM	84.31 fL	80 a 97 fL
HCM	29.80 pg	26 a 34 pg
CHGM	35.35 g/dL	32 a 36 g/dL
RDW	13.1 %	11,6 a 15,0 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	8.600		4.300 a 10.000/mm ³
Mielócitos	0 %.....0	00 a 01 (%)	00 a 100 /mm ³
Metamielócitos	0 %.....0	00 a 01 (%)	00 a 100 /mm ³
Bastonetes	0 %.....0	01 a 04 (%)	50 a 400 /mm ³
Segmentados	74 %.....6.364	40 a 65 (%)	1.800 a 7.000 /mm ³
Eosinófilos	1 %.....86	01 a 04 (%)	50 a 400 /mm ³
Basófilos	0 %.....0	00 a 01 (%)	01 a 100 /mm ³
Linfócitos	24 %.....2.064	25 a 40 (%)	1.100 a 4.000 /mm ³
Linfócitos atípicos	0 %.....0	00 a 00(%)	00 a 00 /mm ³
Monócitos	1 %.....86	02 a 08 (%)	100 a 800 /mm ³

Plaquetas 240.000 150.000 a 450.000

OBS.:

Nota: Contagens, dosagens e citologia realizadas em Analisador Hematológico SYSMEX XS 1000i (Roche Diagnostics), com revisão microscópica.

*Danilo*DR. DANILLO DE AZEVEDO OLIVEIRA
Bioquímico
CRF.: 1131*Ana Carolina C.M. Marques*
Biomédica
CRM 5523

O presente resultado laboratorial foi obtido dentro dos padrões técnicos preconizados e sua correta interpretação requer correlação de dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

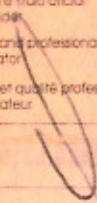

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU REVACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE

Certifico que
 This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que { ADRIANO RAFAEL ARREPIA DE QUEIROZ

Nascido(a) a
 Date of birth
 Né(e) le { 18/06/79 }
 Sexo
 Sex
 Sexe { Masculino }

Cuja assinatura segue
 Whose signature follows
 Dont la signature suit {  }

Foi vacinado(a) ou revacinado(a) contra a febre amarela na data indicada.
 Has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
 A été vacciné(e) ou, revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

DATA	Assinatura e título oficial do vacinador	Origem e número do lote da vacina	Carimbo Oficial do centro de vacinação
DATE	Signature and professional status of vaccinator	Origin and batch no. of vaccine	Official stamp of vaccinating center
DATE	Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origine du vaccin employé et numéro du lot	Cache officiel du centre de vaccination
07/05		038VFA081-P-FIOCRUZ	
			ANVISA 4

Este certificado só é válido quando a vacina for aprovada pela Organização Mundial de Saúde e o centro de Vacinação credenciado pela administração sanitária do território onde é localizado.

A validade deste certificado abrange um período de dez anos, começando 10 dias após a primo-inoculação, ou no dia da revacinação.

Qualquer alteração, rasura, ou omissão no certificado, afetará sua validade.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of a revaccination, within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans commençant dix jours après la date de la vaccination ou dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.



Ministério da Justiça
Fundação Nacional do Índio - FUNAI
Coordenação Geral de Licenciamento Ambiental - CGLIC

ANEXO I TERMO DE COMPROMISSO

Nome: Cleide Regina Rocha Junior

RG: 30.049.289.3

CPF: 280.606.628-05

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Bióloga Registro Profissional em Conselho (se houver): CEBIS 54142/01 D

Nº. de Registro no Cadastro Técnico Federal Ibama: 5699940

Eu, Cleide Regina Rocha Junior solicito o ingresso na Terra Indígena Kayabi e Mundurucu com o objetivo de realizar pesquisa/estudo/levantamento, de Comunicação Indígena, no âmbito do processo de licenciamento ambiental do empreendimento denominado UHE São Manoel e comprometo-me a:

1. Respeitar toda a legislação brasileira e tratados internacionais de proteção dos recursos naturais, toda a legislação brasileira relativa à pesquisa, expedições científicas, patentes e segredos de indústria, bem como todos os termos da Convenção sobre Diversidade Biológica. Observar em especial as disposições legais aplicáveis que tratam dos direitos indígenas (Constituição Federal de 88, Arts. 231 e 232 e Lei n. 6001/73 – Estatuto do Índio), da proteção dos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado (Convenção de Diversidade Biológica, Decretos n.º. 4.946/2003, n.º. 3.945/2001 e a Medida Provisória n.º. 2.186-16/2001), dos direitos autorais, Lei n. 9.610/1998;
2. Não retirar dos limites da terra indígena qualquer tipo de material biótico;
3. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer de seus resultados;
4. Não divulgar quaisquer conhecimentos sobre características de espécies manejadas pelos índios sem prévia autorização das comunidades indígenas envolvidas;
5. Adequar o projeto às modificações na legislação federal ou estadual que, porventura, vierem a ocorrer ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
6. Não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos da autorização, sendo que qualquer outra utilização do material deverá ser objeto de um novo processo;
7. Comunicar imediatamente a Funai local e a CGLIC no caso de quaisquer incidentes ocorridos em campo;
8. Apresentar atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área e de atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
9. Fotografar, gravar ou filmar somente com autorização por escrita dos índios, sendo sua utilização restrita aos propósitos do estudo, sendo vedada, portanto, sua utilização para quaisquer outros fins, em consonância com a Portaria Funai n.º. 177 de 16.02.06 (DOU 036 de 20.02.06 seção 01 pg. 26).

Declaro estar ciente de que as autorizações para entrada em Terra Indígena poderão ser suspensas a qualquer tempo desde que:

- I. seja solicitada a interrupção por parte da comunidade indígena;
- II. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos dentro da terra indígena;
- III. haja a ocorrência de situações epidêmicas agudas ou conflitos graves envolvendo índios e não-índios.

Alta Flauta, 15 de setembro de 2014.

[Assinatura]
Assinatura

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SAO PAULO

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR




Lucia Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.049.289-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/JUN/2011

NOME CLEIDE REGINA ROCHA SANTOS

FILIAÇÃO MATEUS PINHEIRO DOS SANTOS

E LUCIA SANTIAGO ROCHA SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
POA -SP 10/JUN/1979

DOC ORIGEM POA-SP

POA

CN: LV.A09 / FLS.011 / N.004683

CPF 280606628/05

198 Delegada Divisionário
Roberto Cassalunga Dornier
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

Paciente: Cleide Regina Rocha Santos

REGISTRO: 01-045603.5

Doutor(a): .Dr.Mario

Data: 24/03/14

Convênio: Comp.Hid.Teles Pires

DETERMINAÇÃO - GLICOSE JEJUM.....: 87 mg/dl
Método...: ENZIMÁTICO
Vir Ref.: V.R. 80 a 100 mg/dl normal
100 a 125 mg/dl - investigar
> 126 sug de diabetes

I . R . A . N . S . A . M . I . N . A . S . E (. I . G . P ± . . . I . G . P . .)

TRANSAMINASE OXALACETICO (TGO/AST)..: 13 U/L

Método...: ENZIMÁTICO UV

Vir Ref.: 4 a 38 U/L

Resultado em 23/01/13 (01-023926.4): 10 URF/mL

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP/ALT)....: 9 U/L

Método...: Enzimático UV

Vir Ref.: 4 a 38 U/L

Resultado em 23/01/13 (01-023926.4): 9 URF/ml

SOROLOGIA PARA CHAGAS.....: NÃO REAGENTE

Método...: HEMOAGLUTINAÇÃO INDIRETA

PESQUISA DE HEMATOZÓARIOS (plasmódio): NEGATIVO neste material

Método...: PESQUISA DIRETA (gota espessa)



Dr.ª Aline F. Escola
CRF/MT 2799

Dr. Luiz Wada

Amostra No.: 435

Rack:

Tubo: 24/03/2014 09:57:07

ID DOENTE: 435.

Serviço:

Dr.: MARIO

Nome: Cleide Regina Rocha Santos

Data Nasc.:

Sexo: Feminino

Comentário:

ID Analisador: XS-1000i^66686

Positivo

Morfologia.

WBC	9.42	[10 ³ /uL]		
RBC	4.17	[10 ⁶ /uL]		
HGB	13.0	[g/dL]		
HCT	38.5	[%]		
MCV	92.3	[fL]		
MCH	31.2	[pg]		
MCHC	33.8	[g/dL]		
PLT	243	[10 ³ /uL]		
RDW-SD	39.8	[fL]		
RDW-CV	12.1	[%]		
MPV	10.4	[fL]		
NEUT	5.86 *	[10 ³ /uL]	62.2 *	[%]
LYMPH	2.85 *	[10 ³ /uL]	30.3 *	[%]
MONO	0.55 *	[10 ³ /uL]	5.8 *	[%]
EO	0.13	[10 ³ /uL]	1.4	[%]
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	0.3	[%]

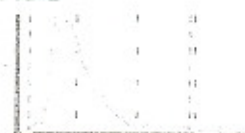
WBC



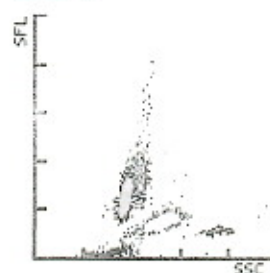
RBC



PLT



DIFF



WBC Mensagem IP

RBC Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Linfócitos Atípicos? *1%*

[Handwritten signature]

Dr^a Aline E. Escola CRF 2799/MT

Dr^o Luiz Wada CRF 373/MT



OCUPACIONAL

RESULTE DO EXAME DE VISÃO

Paranaíta 03/04/14

Atestado para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Cleide Regina Rocha Santos apresentou resultado satisfatório, nos exames oftalmológicos assinalados abaixo.

Item	Exame	Resultado
a	-Acuidade visual para visão longínqua igual ou superior a 20/20 da escala SNELLEN	<p>Aprovado:</p> <p>com lente corretiva sem lente corretiva</p> <p>OD <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/> OE <input checked="" type="checkbox"/></p>
b	Percepção de cores comprovada pelo método Ishihara, utilizando-se no mínimo 14 placas, ou através de método equivalente	<p>Apresenta deficiência:</p> <p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>() leve () moderada () severa ou total</p>

Nota: exame médico tem validade de 3 meses da data de assinatura do médico.

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário

DR. MARIO I. ROSA
Médico Examinador
CRM: 1404-MT
[Assinatura]
Assinatura do Médico

Av. Ludovico da Riva Neto, 185 - CEP 78590-000 - Fone: (66) 3563-1309 / 3563-2187 - Paranaíta - Mato Grosso

CARTÓRIO DALLA RIVA Estado de Mato Grosso
2º OFÍCIO Poder Judiciário

AUTENTICAÇÃO
Confere fielmente com o original apresentado. Dou fé. ***

Selo Digital AMC83812 - Cod.: 06 - Valor R\$ 0,30
Alta Floresta-MT 03 de outubro de 2014 Med: LILIANE
Rozane de Souza Lima Callegari Esc. Autorizada

SELO DE CONTROLE DIGITAL

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO



Empresa emitente do ASO: CLÍNICA PARANAÍTA
 CNPJ 13.238.015/0001-34
 End. Av. Ludovico da Riva Neto, 185 - Centro - Paranaíta - MT
 CEP 78590-000 - Fone: (66) 3563-1309 / 3563-2187
 Email: clinicaparanaita@hotmail.com

Empresa Cliente: CHTP
 CNPJ: 12.850.896/0002-34
 Endereço: _____
 Contato: _____

1 - Identificação:

Nome: Cleide Regina Rocha Santos Idade: 34 Anos
 Matrícula: _____ D.N.: 10/08/79 R.G.: 30.049.289-3 SSP/SP
 Função: Coordenadora de programas ambientais Setor/Área: _____

2 - Tipo de Exames: Complementar ao ASO

Admissional Periódico Demissional Retorno ao Trabalho Mudança de função

3 - Riscos Ocupacionais:

Físico: _____
 Químico: _____
 Biológico: _____
 Ergonômico: Torção excessiva trabalhos em turnos, stress, monotonia e repetição de tarefas
 Outros: Atividades que envolvam levantamento e arrastar físico

4 - Procedimentos Realizados:

Anamnese Ocupacional	<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<u>11</u>
Ex. Físico/Mental <u>03/04/14</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Pesq. Malária	<u>24/03/14</u>	<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	<u>11</u>
Exames Complementares	<input type="checkbox"/> Ác. Metilipúrico	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Rx Col. Lombo Sacro F+P	<u>11</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma + Plaquetas	<input type="checkbox"/> Ác. Hipúrico	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Raio X Torax (OIT)	<u>11</u>
<input type="checkbox"/> Urina/EAS	<input type="checkbox"/> Dos. Chumbo	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Orto Rather	<u>11</u>
<input type="checkbox"/> Fezes/Parasitológico+Copro cultura	<input type="checkbox"/> Dos. Ác Delta amino levulinico	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Aval. Oftalmo	<u>11</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/> Dos. Cromo	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Aval. Otorrino	<u>11</u>
<input type="checkbox"/> Bilirubinas T + F	<input type="checkbox"/> Dos. Manganês	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Aval. Cardio	<u>11</u>
<input checked="" type="checkbox"/> TGO, TGP, Gama GT	<input type="checkbox"/> Dos. Fluoreto	<u>11</u>	<input type="checkbox"/> Aval. Fisiot	<u>11</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Machado Guerreiro	<input type="checkbox"/> Leito Ungueal	<u>11</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<u>Acuidade visual 03/04/14</u>
<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Secreção do oro faringe	<u>11</u>		
<input type="checkbox"/> iclorocompostos totais	<input type="checkbox"/> Escarro	<u>11</u>		
	<input type="checkbox"/> Audiometria	<u>11</u>		
	<input type="checkbox"/> Espirometria	<u>11</u>		

5 - Conclusão Final

Sobre o mesmo emitimos o seguinte parecer:

Apto para função
 Inapto para função

- Apto com restrição para: _____
 Apto Clinicamente aguardando resultados de exames complementares
 Encontra-se inapto para exercicios de sua função, e deve ser encaminhado ao C.A.T
 Encontra-se inapto temporariamente para exercicios de sua função, e deve ser encaminhado a assistência médica

6 - Obs.: É obrigatório o uso correto do equipamento de proteção auditiva, conforme treinamento e orientação.

7 - Assinatura:

Dr. Mario T. Issaka
 CRM 1404 - MT
 CPF 916.238.128-1
 Médico Coordenador
 Fone 3563-1309

Médico Coordenador do PCMSO

DR. MÁRIO T. ISSAKA
 Médico Examinador
 CRM: 1404-MT

Médico examinador - Fone: (66) 3563-1309

Data: 03/04/14
 Paranaíta - MT

8 - Recibo

Recebi a 2ª Via do A.S.O. Em: 11

Ass. do Funcionário



Polegar Direito



Ministério da Justiça
Fundação Nacional do Índio - FUNAI
Coordenação Geral de Licenciamento Ambiental - CGLIC

ANEXO I TERMO DE COMPROMISSO

Nome: Lucas Campostrini de Jesus

RG: 4766908

CPF: 756 868 302-82

Nacionalidade: Brasileiro

Profissão: Biólogo

Registro Profissional em Conselho (se houver):

Nº. de Registro no Cadastro Técnico Federal Ibama:

Eu, LUCAS CAMPOSTRINI DE JESUS, solicito o ingresso nas Terras Indígenas APIAKÁ DO PONTAL E ISOLADOS, KAYABI E MUNDURUKU, com o objetivo de realizar APRESENTAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO INDÍGENA E INFORMATIVO SOBRE A OBRA UHE-SÃO MANOEL (PBA-CI), no âmbito do processo de licenciamento ambiental do empreendimento denominado UHE-SÃO MANOEL e **comprometo-me a:**

1. Respeitar toda a legislação brasileira e tratados internacionais de proteção dos recursos naturais, toda a legislação brasileira relativa à pesquisa, expedições científicas, patentes e segredos de indústria, bem como todos os termos da Convenção sobre Diversidade Biológica. Observar em especial as disposições legais aplicáveis que tratam dos direitos indígenas (Constituição Federal de 88, Arts. 231 e 232 e Lei n. 6001/73 – Estatuto do Índio), da proteção dos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado (Convenção de Diversidade Biológica, Decretos n.º. 4.946/2003, n.º. 3.945/2001 e a Medida Provisória n.º. 2.186-16/2001), dos direitos autorais, Lei n. 9.610/1998;
2. Não retirar dos limites da terra indígena qualquer tipo de material biótico;
3. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer de seus resultados;
4. Não divulgar quaisquer conhecimentos sobre características de espécies manejadas pelos índios sem prévia autorização das comunidades indígenas envolvidas;
5. Adequar o projeto às modificações na legislação federal ou estadual que, porventura, vierem a ocorrer ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
6. Não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos da autorização, sendo que qualquer outra utilização do material deverá ser objeto de um novo processo;
7. Comunicar imediatamente a Funai local e a CGLIC no caso de quaisquer incidentes ocorridos em campo;
8. Apresentar atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área e de atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
9. Fotografar, gravar ou filmar somente com autorização por escrita dos índios, sendo sua utilização restrita aos propósitos do estudo, sendo vedada, portanto, sua utilização para quaisquer outros fins, em consonância com a Portaria Funai n.º. 177 de 16.02.06 (DOU 036 de 20.02.06 seção 01 pg. 26).

Declaro estar ciente de que as autorizações para entrada em Terra Indígena poderão ser suspensas a qualquer tempo desde que:

- I. seja solicitada a interrupção por parte da comunidade indígena;
- II. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos dentro da terra indígena;
- III. haja a ocorrência de situações epidêmicas agudas ou conflitos graves envolvendo índios e não-índios.

Altamira, 19 de setembro de 2014.


Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

665047947

NOME **LUCAS CAMPOSTRINI DE JESUS**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4766908 SSP/PA

CPF **756.868.302-82** DATA NASCIMENTO **21/04/1984**

FILIAÇÃO
MARCOS RUBENS SILVA DE JESUS FILHO
HOSSANA MARCIA CAMPOSTRINI DE JESUUS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO **02427821657** VALIDADE **21/08/2017** 1ª HABILITAÇÃO **15/07/2002**

OBSERVAÇÕES

Lucas de Jesus

LOCAL **BELEM, PA** ASSINATURA DO PORTADOR DATA EMISSÃO **14/09/2012**

Walter...

ASSINATURA DO EMISSOR **41520985053 PA225429284**

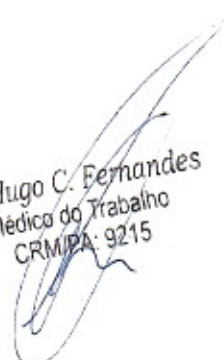
PROIBIDO PLASTIFICAR

665047947

DETRAN - PA (PARA)

Nome: Lucas Compostini de Jesus
Data: 16/09/19

Atesto para os devidos fins que
paciente acima citado não apresenta
nenhuma doença infecto contagiosa.


Dr. Hugo C. Fernandes
Médico do Trabalho
CRM/PA 9215



Ministério da Justiça
Fundação Nacional do Índio - FUNAI
Coordenação Geral de Licenciamento Ambiental - CGLIC

ANEXO I
TERMO DE COMPROMISSO

Nome: Juhei Muramoto
RG: 19.284.913-X SSP/SP CPF: 174.198.658-33
Nacionalidade: BRASILEIRA
Profissão: ENG AGRONOMO Registro Profissional em Conselho (se houver):
Nº. de Registro no Cadastro Técnico Federal Ibama:

Eu, Juhei Muramoto solicito o ingresso na Terra Indígena Kayabi, Mundurucu, Apitaka com o objetivo de realizar pesquisa/estudo/levantamento, de COMUNICAD. INDIGENA, no âmbito do processo de licenciamento ambiental do empreendimento denominado UTE SÃO MANOEL e comprometo-me a:

1. Respeitar toda a legislação brasileira e tratados internacionais de proteção dos recursos naturais, toda a legislação brasileira relativa à pesquisa, expedições científicas, patentes e segredos de indústria, bem como todos os termos da Convenção sobre Diversidade Biológica. Observar em especial as disposições legais aplicáveis que tratam dos direitos indígenas (Constituição Federal de 88, Arts. 231 e 232 e Lei n. 6001/73 – Estatuto do Índio), da proteção dos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado (Convenção de Diversidade Biológica, Decretos nº. 4.946/2003, nº. 3.945/2001 e a Medida Provisória nº. 2.186-16/2001), dos direitos autorais, Lei n. 9.610/1998;
2. Não retirar dos limites da terra indígena qualquer tipo de material biótico;
3. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer de seus resultados;
4. Não divulgar quaisquer conhecimentos sobre características de espécies manejadas pelos índios sem prévia autorização das comunidades indígenas envolvidas;
5. Adequar o projeto às modificações na legislação federal ou estadual que, porventura, vierem a ocorrer ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
6. Não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos da autorização, sendo que qualquer outra utilização do material deverá ser objeto de um novo processo;
7. Comunicar imediatamente a Funai local e a CGLIC no caso de quaisquer incidentes ocorridos em campo;
8. Apresentar atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área e de atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
9. Fotografar, gravar ou filmar somente com autorização por escrita dos índios, sendo sua utilização restrita aos propósitos do estudo, sendo vedada, portanto, sua utilização para quaisquer outros fins, em consonância com a Portaria Funai nº. 177 de 16.02.06 (DOU 036 de 20.02.06 seção 01 pg. 26).

Declaro estar ciente de que as autorizações para entrada em Terra Indígena poderão ser suspensas a qualquer tempo desde que:

- I. seja solicitada a interrupção por parte da comunidade indígena;
- II. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos dentro da terra indígena;
- III. haja a ocorrência de situações epidêmicas agudas ou conflitos graves envolvendo índios e não-índios.

..... 15 de Setembro de 2014
Juhei Muramoto
Assinatura

PROIBIDO PLASTIFICAR

291907110

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

291907110

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
JOHET MIRAMOTO

DOC. IDENTIFIC. / DATA, PESSOA, UF
19284913 BSB/SP

CPF
174.198.658-33 DATA REGISTRO
07/02/1970

FUNÇÃO
JOAO SHIGHEIRO MIRAMO

HELENICE MARIA SEROCIO
MIRAMOTO

PROFESSÃO
ACC
AC

Nº REGISTRO
01452675761

VALIDADE
10/06/2015 1ª HABILITAÇÃO
30/03/1988



Observações

[Empty box for observations]

Jo. Miramote
Assinatura do Portador

LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
21/06/2010

50161690014
BP444384022

DEFIN (SP (SAO PAULO))

SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO



MEDTRAB - SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

Dr. Charles Miranda Medeiros
CRM/MT 3253



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

(NR7 - PORTARIA 3214/78 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO)

Atesto para fins de Exame Médico

ADMISSIONAL DEMISSIONAL PERIÓDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO RETORNO AO TRABALHO

Que (o) Sr. (a): **JUHEI MURAMOTO**

RG/CTPS: **19284913** Série: **SSP/SP** Expedição: / / após avaliação clínica, encontra-se:

APTO APTO C/ RESTRIÇÕES INAPTO PARA EXERCER A FUNÇÃO

de: **GESTOR DE MEIO AMBIENTE** que EXERCE EXERCEU EXERCERÁ

setor: **GESTAO** Obs: **CAMPO**

EMPRESA: **EMPRESA DE ENERGIA SÃO MANOEL S/A**

Riscos Passíveis:

NÃO ENCONTRADO

FÍSICOS RUÍDOS UMIDADE CALOR VIBRAÇÕES

RADIAÇÕES IONIZANTES PRESSÕES ANORMAIS FRIO

QUÍMICOS FUMOS NEBLINAS GASES PRODUTOS DE LIMPEZA

VAPORES POEIRAS NÉVOAS PRODUTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO

PÓ DE GIZ AC. LACTICO SODA OUTROS _____

BIOLÓGICOS FUNGOS VÍRUS PROTOZOÁRIOS PARASITAS BACTÉRIAS BACIOS

ERGONÔMICOS POSTURAL LEVANT. TRANSP. PESO LER/DORT OUTROS _____

ACIDENTES TRÂNSITO QUEIMADURAS QUEDA CORTE COLISÃO EXPLOSÃO

ANIMAIS PEÇONHENTOS ARMA DE FOGO OUTROS _____

Exames complementares: DESNECESSÁRIO NÃO REALIZADOS A REALIZAR

Exames realizados	Data	Exames a realizar
<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico	14/07/2014	AUDIOMETRIA
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma Completo	14/07/2014	
<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /	

Alta Floresta - MT

14/07/2014

Dr. Charles Miranda Medeiros
Sanitarista - Clínico Geral
e Médico do Trabalho
CRM-MT 3253

Médico Examinador

Dr. Charles Miranda Medeiros
Sanitarista - Clínico Geral
e Médico do Trabalho
CRM/MT 3253

VALIDADE: 6 MESES 12 MESES

Juhei Muramoto
ASSINATURA DO EMPREGADO
RECEBI UMA VIA DO PRESENTE ATESTADO

Declaro que não omiti nenhuma informação ao médico examinador sob as minhas condições de saúde que alterasse o resultado do exame e que recebi a 2ª via deste exame.

Paciente.: **JUHEI MURAMOTO**

RG. Pac.: 19284913

Médico.: A PEDIDO

Convênio: PARTICULAR

Protocolo.: 205221472014

Idade.: 44 Ano(s)

DT.Coleta.: 14/07/2014

Emissão.: 14/07/2014

RESULTADOS V.R.

HEMOGRAMA

Material.: Sangue Total

Método: Automatizado SYSMEX XS 1000i (Citometria de fluxo fluorescente com laser semi condutor, colorimetria, foco hidrodinâmico e corrente direta)

ERITOGRAMA

Eritrócitos	4.9 Milhões/uL	3,8 a 5,2 milhões/uL
Hemoglobina	14.6 g/dl	12,0 a 17,5 g/dl
Hematócrito	42 %	36 a 47 %
VGM	85.71 fL	80 a 97 fL
HGM	29.80 pg	26 a 34 pg
CHGM	34.76 g/dL	32 a 36 g/dL
RDW	12.4 %	11,6 a 15,0 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	9.500		4.300 a 10.000/mm ³
Mielócitos	0 %.....0	00 a 01 (%)	00 a 100 /mm ³
Metamielócitos	0 %.....0	00 a 01 (%)	00 a 100 /mm ³
Bastonetes	0 %.....0	01 a 04 (%)	50 a 400 /mm ³
Sgmentados	65 %.....6.175	40 a 65 (%)	1.800 a 7.000 /mm ³
Eosinófilos	4 %.....380	01 a 04 (%)	50 a 400 /mm ³
Basófilos	0 %.....0	00 a 01 (%)	01 a 100 /mm ³
Linfócitos	29 %.....2.755	25 a 40 (%)	1.100 a 4.000 /mm ³
Linfócitos atípicos	0 %.....0	00 a 00(%)	00 a 00 /mm ³
Monócitos	2 %.....190	02 a 08 (%)	100 a 800 /mm ³

Plaquetas 352.000 150.000 a 450.000

OBS.:

Nota: Contagens, dosagens e citologia realizadas em Analisador Hematológico SYSMEX XS 1000i (Roche Diagnostics), com revisão microscópica.

Danilo

DR. DANILO DE AZEVEDO OLIVEIRA
Bióquímico
CRF: 1131

Carolina
Ana Carolina C. M. Marq
Biomédica
CRM 5523

O presente resultado laboratorial foi obtido dentro dos padrões técnicos preconizados e sua correta interpretação requer correlação de dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

